| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | GERMAN FORERO NAVARRETE | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79277856 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | GForero25@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3003748498 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K26 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 44216988059 | | | | | | | | | | PENSIONADO | SI | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5187-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 4 DE 4 | |
| NÚMERO DE CDP | 1245 | FECHA | 27/08/2020 | NÚMERO DE CRP | 37924 | FECHA | 30/08/2020 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. PROFESIONAL ESPECIALIZADO 1 MEDICO | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 9 | 2020 | | 30 | 9 | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $7.414.925 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $27.435.222 |
| VALOR EJECUTADO | $27.435.222 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $7.414.925 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ 2.194.507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7764249266 | $2.965.970 | $370.746 | | 3 | $72.251 | $442.997 |

Dado en Bogotá en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GERMAN FORERO NAVARRETE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/4/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | SEDE: FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 5187-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 9 | 2.020 | | 30 | 9 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | GERMAN FORERO NAVARRETE | | C. C. | 79.277.856 | | DE | BOGOTA D.C. | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. PROFESIONAL ESPECIALIZADO 1 MEDICO.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ Servicios: SI NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Elaborar plan de apción articulado con el equipo de GPAISP, que contenga las actividades definidas para el cumplimiento del producto | SI | Elaboracion de plan de accion del componente | Plan de accion |
| El profesional realizará articulación con los Espacios de vida cotidiana (Vivienda, Público, Trabajo), Proceso Transversal de GPAISP (canalizaciones), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB (para la atención de las personas, familias y comunidad dependiendo de cada caso), Equipos AMED (Atención Médica Domiciliaria), Otros sectores (oferta distrital intersectorial según las necesidades requeridas) e Instancias relacionadas con el Aseguramiento (En los casos del grupo de riesgo que tengan novedades de aseguramiento que les impida acceder al servicio de salud (Portabilidad, Movilidad, traslado, usuario no asegurado o atención extranjeros), usuarios no asegurados o atención extranjeros). | SI | Articulacion con espacios y componentes.<br>Articulacion con canalziaciones GPAISP.<br>Reunion de equipo. | Actas y listados de asistencia |
| Comunicación telefónica o a través de correo electrónico con periodicidad diaria con los diferentes espacios de vida cotidiana, quienes informarán la identificación de las necesidades en la población objeto de la intervención. | SI | Seguimiento telefónico a casos sospechosos o confirmados de Covid 19 notificados por los espacios de vida cotidiana | Actas |
| Al tener la información suministrada por los diferentes espacios de vida, definirá la gestión a realizar y el canal de contacto con el caso, según el nivel de respuesta que se requiera. | SI | Seguimiento usuarios RIA 2 | Base de seguimiento de usuarios |
| Basado en la información entregada por los diferentes espacios de vida cotidiana, dónde la necesidad del individuo es objeto de activación de rutas a través del SIRC, indicará de inmediato al equipo que se encuentra en terreno para que se realice el procedimiento. | SI | Activacion de equipos AMED o CRUE cuando los casos evaluados lo requieran | Actas |
| Comunicación telefónica o correo electrónico a diario con las EAPB-IPS-Equipos AMED, u otros actores y sectores, responsables de resolver las necesidades de los casos identificados para verificar la efectividad del seguimiento. | SI | Seguimiento usuarios RIA 2 | Base de seguimiento de usuarios |
| En caso de no observar respuesta por parte de los agentes responsables de resolver la necesidad, se debe establecer contacto inmediato con cada uno de ellos para gestionar la respuesta a las necesidades identificadas. Esta información debe registrase como soporte de la gestión. | NO | | |
| Participar en reunión del Punto de Mando Unificado-PMU, con el fin de generar un espacio de articulación y armonización de acciones con la alcaldía local y distrital, así como con los demás actores intersectoriales que participan de las acciones en campo, en el marco del abordaje a zonas de cuidado especial en el marco de la pandemia por la COVID-19. | NO | | |
| Asumir el liderazgo técnico y operativo de las zonas definidas, y en el caso de alcanzar su capacidad de respuesta se podrán designar los profesionales de apoyo de cada espacio y proceso. | NO | | |
| Apoyar el análisis de la información disponible en la subred de las poblaciones identificadas en la zona de cuidado especial, familias con poblaciones vulnerables y con eventos de interés en salud pública priorizados, susceptible de PAI, casos confirmados para COVID-19 y sus contactos, las instituciones de protección a poblaciones vulnerables, establecimientos, entre otros puntos críticos identificados en el espacio público de la zona, que representan mayor susceptibilidad para COVID-19, como parte del proceso de caracterización que se realizará posteriormente y la definición de acciones de respuesta. | SI | Seguimiento usuarios RIA 2 | Base de seguimiento de usuarios |
| Participar en el proceso de articulación intersectorial para que en las zonas previamente definidas se pueda realizar el ejercicio en conjunto del sector salud, los otros sectores institucionales y la comunidad. | SI | Apertura, acompañamiento y cierre del PMU, localidad Kennedy | Actas y listados de asistencia |
| Activación de rutas a los diferentes actores sectoriales e intersectoriales del cuadrante, que deberán ser resueltas en los siguientes días antes del cierre de la intervención en la zona de cuidado especial: - Activación a los Equipos de Atención Médica Domiciliaria a través de la notificación de casos identificados como susceptibles para COVID-19 en las viviendas e instituciones. - Seguimiento al proceso de canalizaciones a través del Sistema de Información de Referencia y ContrarreferenciaSIRC, a los casos identificados con riesgos y necesidades en salud, para gestionar la respuesta individual desde la EAPB. - Activación del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias-CRUE, para la atención de personas con necesidad de atención médica inmediata. | SI | Activación de seguimientos por equipos AMED o seguimiento crónicos | Actas y listados de asistencia |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79277856 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GERMAN FORERO NAVARRETE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CHIA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 19 # 131 A 30 BLOQUE | TELÉFONO: | 8845616 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 01 - CONTRATO 2 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7764249266** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | agosto |
| | AÑO: | 2020 | | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/09/11 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 739231845 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 675.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 675.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 131.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 131.600** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 806.600** |

Planilla Pagada
SOI

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09/2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GERMAN FORERO NAVARRETE

CC 79277856 DE BOGOTA D.C.

La suma de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS VEINTE Y CINCO PESOS ($7'414.925=), por concepto de servicios como Profesional Especializado 1 Médico, durante el periodo de 1 al 30 de Septiembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5187/2020

GERMAN FORERO NAVARRETE

CC 79277856 de BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 44216988059